**请仔细阅读本页注意事项**

1. 本申请适用于基金会**资助公立医院**的的医学研究。
2. 签订前请认真**核实医院是否属于公立医院**。
3. 课题负责人：多重耐药阴性菌感染性疾病领域、主治及以上级别专家；研究医院、医学院校：国内二级甲等及以上、学术专业性强、业内信誉度良好的医院及医学院校具体申请资格。
4. 款项接受者必须在中国境内进行该项目研究。
5. 仔细阅读本申请书内容，对于不符的需依据项目实际情况予以修改。
6. 填写前请认真核实依托单位是否经过合法登记。
7. 项目名称不得简写，需与立项文件保持一致。
8. 项目信息简表填写真实信息，不得随意填写虚假信息或者伪造个人信息。
9. 经费预算按照项目的实际情况予以更改填写，金额大写与小写保持一致，请仔细核实大写金额是否正确无误。
10. 补充申请书空白信息，不得留空白以及空白表格。
11. **盖章只能是公章，医院科室的章不能对外，医院坚持用科室章申请时，需出具授权委托书。**
12. 申请日期需要填上。
13. 《“中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究项目”申请书》，在2023年12月30日前将项目申请书及医生职称证明发送到邮箱gaoyunpeng@ilvzhou.com 邮件注明“中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究项目”。

**中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究项目**

**申请书**

**课 题 名 称：**

**申请医院/科室：**

**课题负责人（研究者）：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期： （例如：2023年10月7日）**

**项目起止时间： （例如：2023年10月7日-2025年12月31日）**

**申请总金额： （例如：10万元/100000元/壹拾万元整）**

此表由中国初级卫生保健基金会创新公益办公室编制，解释权归创新公益办公室。

**一、申请医院基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** |  | **医院级别** |  |
| **申请科室** |  | **科室负责人** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  |

**二、项目基本情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目摘要** |  |

**三、项目信息基本情况：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人信息** | 姓名 |   | 性别 |   | 出生日期 |  | 民族 |   |
| 学位 |  | 职称 |  | 身份证号  |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在部门 |  |
|  | 名称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 网站地址 |  |
| 伦理委员会名称 |  | 开具的票据名称 |  |
| **研究课题信息** | 研究课题 |  |
| 执行期限 |  | 伦理审批件的有效期 |  | 学科领域 |  |
| 研究性质 | □试验性研究 □观察性研究 □回顾性研究 □前瞻性研究 |

**四、项目专家组成员：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **学位** | **身份证号** | **单位名称****/科室** | **电话** | **承担任务** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

**五、项目资金预算表 金额单位：元**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科 目** | **经费** | **备注（计算依据和说明）** |
| **一、直接费用** | **/** | **/** |
| 1、设备费 | **/** | **/** |
| (1)设备购置费（5万元以下） | **/** | **/** |
| (2) 设备租赁费 | **/** | **/** |
| 2、材料费 | **/** | **/** |
| 3、测试化验加工费 | **/** | **/** |
| 4、燃料动力费 | **/** |  |
| 5、差旅费 | **/** | **/** |
| 6、会议费 | **/** | **/** |
| 7、国际合作与交流费 | **/** | **/** |
| 1. 档案/出版/文献/信息传播/知识产权事务费
 | / | / |
| 9、劳务费 | / | **/** |
| 10、咨询费 | **/** | **/** |
| 11、其他费用 | **/** | **/** |
| **二、间接费用**（不超过直接费用扣除设备购置费后的20%核定） | **/** | **/** |
| **总计** | **￥： （人民币大写： ）** |

**六、课题研究方案（中文）**

|  |
| --- |
| 1、研究背景、目的、立论依据、国内外研究现状等2、研究的主要内容（包括包括试验设计、研究分组、干预措施、主要和次要研究指标）3、研究具体方法（包括入排标准、样本量计算、研究分组、干预及对照、研究具体过程、主要和次要研究指标及统计分析等）4、伦理原则5、预期成果价值1. 其他
 |

**七、研究计划及进展**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间（年、月）** | **研究内容** | **进展考核指标** |
|  |  |  |

**八、管理条款**

1. 研究医院必须按要求向基金会提交中期进展报告及项目报告，逾期不报，将停拨经费，基金会对报告进行书面审核或汇报审核。

2. 研究医院在课题执行中不可调整研究内容。

**九、申请者承诺**

申请者承诺：

我保证申请书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守中国初级卫生保健基金会创新公益办公室的有关规定，按照本申请书所述，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反规定，本人将承担外全部责任。

**申请者（签字）：**

**日期：**

**医院（敲章）：**

**日期：**

**附件：职称证明**